

Werkplezier en Welzijn van De Nieuwe Generatie Dokters

Amsterdam, Oktober 2019

In opdracht van de VVAA:

Amsterdam UMC, Afdeling Medische Psychologie, AMC Onderzoeksgroep Professional Performance & Compassionate Care.

Prof. dr Kiki Lombarts

Elisa Bindels, MSc

Maarten Debets, MSc

Iris Kerkmeijer-Jansen, MSc



Disclosure: ondanks de geringe beschikbare (zomer)tijd hadden de opstellers van deze notitie veel (werk)plezier bij het schrijven ervan.

0. Werkplezier en Welzijn van De Nieuwe Generatie Dokters

Inleiding op de notitie

Deze notitie betreft het werkplezier van de nieuwe generatie dokters. Werkplezier definiëren we als ‘het vermogen om uit jezelf met plezier het werk te doen wat gedaan moet worden waarbij het werk netto energie oplevert’. De aanleiding van deze notitie is het onder druk staan van het werkplezier van de nieuwe generatie dokters. De nieuwe generatie (DNG) omvat de jonge medische professionals die werkzaam zijn in de klinische praktijk: van coassistenten tot en met de jonge specialisten (de eerste 5 jaar van zelfstandige praktijkvoering).

De korte notitie beoogt het thema werkplezier te introduceren met behulp van een beperkte selectie uit de *key literature*. Deze notitie kent daarmee een aantal beperkingen. De notitie is niet een systematisch uitgevoerd literatuuronderzoek en geeft daarmee dus geen compleet en uitputtend overzicht. Verder is de literatuur primair en met name gestoeld op het onderzoek onder artsen; er is niet gepoogd om specifieke inzichten uit andere beroepsgroepen te includeren. Ook de (neuro)biologische aspecten van werkplezier zijn niet meegenomen; dit is een praktische inkadering van het brede onderzoeksdomein werkplezier en bedoelt geenszins het belang van het neurowetenschappelijke onderzoek op dit terrein te ontkennen.

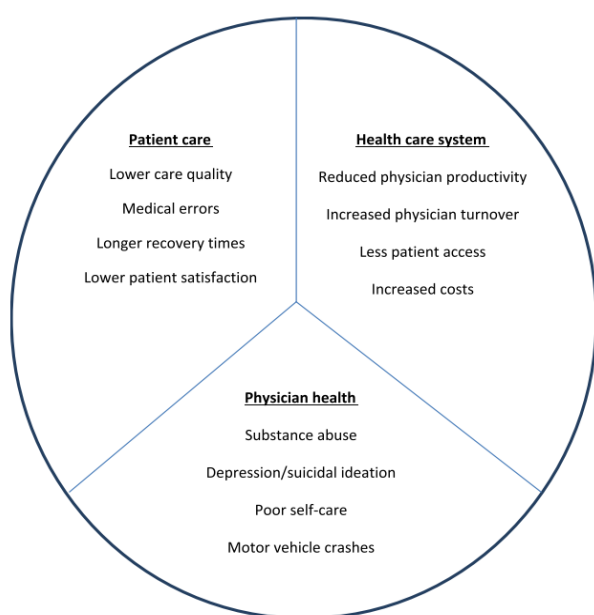
De notitie – in deze vorm - dient als verkennend praatpapier voor de Stuurgroep Werkplezier (op 26 september 2019); de opstellers komen graag tot een nadere uitwerking van de notitie na bespreking in en in opdracht van de Stuurgroep. De notitie is primair bedoeld als input voor de (vormgeving van de) te organiseren bijeenkomst(en) met DNG dokters waarin het gesprek over hun ervaren (gebrek aan) werkplezier gevoerd zal worden. Dit gesprek is nodig om op gepaste en effectieve wijze het thema werkplezier *in de taal van DNG* en in de door hen *aangegeven prioritering* te kunnen gaan agenderen bij verschillende stakeholders in de gezondheidszorg. *Dat* hiervoor aandacht en actie nodig is reeds onderbouwd door verschillende studies naar welzijn onder DNG dokters, zoals door de landelijke enquête van de Jonge Specialist. Het gebrek aan werkplezier en welzijn is overigens geen puur Nederlands probleem; ook internationaal wordt het erkend als problematisch onder artsen. In de Verenigde Staten bijvoorbeeld neemt burnout onder artsen epidemische vormen aan met gerapporteerde percentages oplopend tot 80% van de beroepsgroep die rapporteert (symptomen van) burnout te hebben.(1)

Onderzoek heeft inmiddels aangetoond dat het verminderd welzijn van artsen een negatieve impact heeft op de kwaliteit van zorg die zij leveren aan patiënten. Een systematisch literatuuronderzoek van Scheepers et al (2015) naar werkgerelateerd welzijn (i.e. baan- en carrière tevredenheid, bevlogenheid) van artsen en kwaliteit van zorg toonde aan dat de meeste studies positieve associaties rapporteren tussen het welzijn van artsen en patiënttevredenheid, therapietrouw van patiënten en interpersoonlijke aspecten (i.e. informatie aan patiënten, aandacht voor psychosociale aspecten) van de patiëntenzorg.(2)



Veel onderzoek richt zich specifiek op de gevolgen van *burnout* onder artsen. Een recent systematisch literatuuronderzoek van Panagioti et al. (2018) rapporteert dat burnout onder artsen geassocieerd is met een tweemaal groter risico op patiëntveiligheidsincidenten, op suboptimale zorg als gevolg van onprofessioneel gedrag en op lagere patiënttevredenheid met de ontvangen zorg. Aios en jonge specialisten (tot 5 jaar na afronding van de opleiding) lopen een nog groter risico op onprofessioneel gedrag.(3) Onderzoek onder aios laat bovendien zien dat (symptomen van) burnout de kans op het maken van medische fouten vergroot. Over de effecten van verminderd welzijn op *klinische* uitkomsten is het bewijs niet overtuigend.(2) Overigens is het aannemelijk dat de relatie tussen verminderd welzijn en performance van artsen wordt onderschat. Juist omdat professionals strategieën lijken te adopteren om hun gebruikelijke (hoge) performance niveaus te behouden en beschermen, ondanks gebrek aan (mentale en/of fysieke) energie, kunnen negatieve effecten binnen de zorg worden gemaskeerd.(4)

De consequenties blijven niet beperkt tot patiënten en artsen (zie figuur 1: incl. toename in gerapporteerde depressie, alcohol- en drugsverslaving en suïcidale gedachten). Ook de gezondheidszorg als geheel wordt getroffen, door negatieve effecten voor productiviteit, baantevredenheid en baanloyaliteit.(5,6)



Opgemerkt zij dat veel van het bewijs over de negatieve relatie tussen het gebrek aan welzijn van artsen en de kwaliteit van zorg gebaseerd is op zelf-rapportages van artsen. Ook wordt in veel studies gebruik gemaakt van cross-sectionele designs waardoor geen uitspraken over causaliteit kunnen worden gedaan (leidt burnout tot suboptimale kwaliteit van zorg, of veroorzaakt slechte kwaliteit van zorg burnout bij artsen?)

Figuur 1. Gevolgen van burnout onder artsen op de gezondheid van artsen. De kwaliteit van patiëntenzorg en op de gezondheidszorg. (5)

Factoren die werkplezier en welzijn ondermijnen zijn velerlei en omvatten de werklust, inefficiënte praktijkvoering, administratie, verlies van autonomie in het werk, de integratie van werk- en privé leven en de erosie van zingeving in het werk.(7) Met andere woorden, het thema werkplezier en welzijn is veelomvattend en complex. Rekening houdend met deze veelkoppigheid is gekozen om het thema in deze notitie te structureren en verkennen aan de hand van vier domeinen zoals geïntroduceerd door het WellMD Center van Stanford University: zinnig werken, persoonlijke veerkracht, de organisatie van de (klinische) praktijk



en de cultuur van werkplezier en welzijn. Centraal in dit model staat de professionele voldoening van de arts, vrij vertaald als zinvol werken. De andere drie domeinen dragen bij aan c.q. zijn voorwaardelijk voor het (kunnen) realiseren van een *zinvol en duurzaam professioneel leven*. Uiteraard is dit model, zoals elk model, een vereenvoudiging van de werkelijkheid. Hoewel de 4 domeinen zich niet strikt laten (onder)scheiden - er is zelfs sprake van (aanzienlijke) overlap - bieden ze een goede kapstok voor het adresseren van het thema werkplezier. Het model sluit aan bij de visie van de Stuurgroep dat het behouden en zo mogelijk vergroten van het werkplezier en welzijn van de DNG dokters een gezamenlijke opdracht en verantwoordelijkheid is van de individuele professional en diens werkomgeving. Ook in de literatuur wordt deze gezamenlijkheid onderbouwd en bepleit in het zoeken naar oplossingen.(4,8)



Leeswijzer bij de notitie:

De 4 domeinen worden achtereenvolgens besproken en zijn (voor zover mogelijk) geschreven aan de hand van 4 leidende vragen:

- 1) Wat verstaan we onder het domein,
- 2) Wat is de bijdrage van het domein aan het welzijn / werkplezier van artsen?,
- 3) Welke interventies zijn beschreven / bekend binnen het domein om welzijn / werkplezier te vergroten? Indien mogelijk, wat kan gezegd worden over specifieke interventies per subgroep van coassistenten, anios, aios en jonge (tot 5 jaar na afronding) specialisten?
- 4) Wat is bekend over de effectiviteit van de interventies?

Om de notitie voor een ieder toegankelijk te maken zijn de (separate) hoofdstukken kort en bondig geschreven en volgt na elke paragraaf de samenvatting van hoofdpunten in boxen.

Inhoudsopgave:

- | | | |
|----|--|--------|
| 1. | Werkplezier, Welzijn en Zinvol werk | pag 5 |
| 2. | Werkplezier, Welzijn en Persoonlijke Veerkracht | pag 10 |
| 3. | Werkplezier, Welzijn en de Organisatie van de (klinische) Praktijk | pag 15 |
| 4. | Cultuur van Werkplezier en Welzijn | pag 21 |



Referenties bij de inleiding

1. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, et al. Prevalence of burnout among physicians: A systematic review. *Jama*. 2018;320(11):1131-50.
2. Scheepers RA, Boerebach BC, Arah OA, Heineman MJ, Lombarts KM. A Systematic Review of the Impact of Physicians' Occupational Well-Being on the Quality of Patient Care. *International journal of behavioral medicine*. 2015;22(6):683-98.
3. Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham C, et al. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA internal medicine*. 2018.
4. Montgomery A, Panagopoulou E, Esmail A, Richards T, Maslach C. Burnout in healthcare: the case for organisational change. *Bmj*. 2019;366:l4774.
5. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of internal medicine*. 2018;283(6):516-29.
6. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC health services research*. 2014;14:325.
7. Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP. Addressing Physician Burnout: The Way Forward. *Jama*. 2017;317(9):901-2.
8. Card AJ. Physician Burnout: Resilience Training is Only Part of the Solution. *Annals of family medicine*. 2018;16(3):267-70.



1. Werkplezier, Welzijn en Zinvol werk

“We believe that if meaning is to be restored, the greatest opportunity in the short term lies in restoring our connections with one another..... to promote the sorts of human connections that can sustain us — between physicians and patients, physicians and physicians, and physicians and nurses”. (Rosenthal, Verghese. NEJM, 2016)(1)

1. Wat verstaan we onder het domein?

Zinvol werken gaat over de ervaring dat mensen werk doen ‘dat ertoe doet’. Zinvol werken is een *evaluatief* begrip; het is een antwoord op de vraag of het werk ‘intrinsiek waardevol en de moeite van alle inspanningen waard is’. (2) Verschillende mensen hechten verschillende waarden aan werk. Een ander helpen (roeping) of een succesvol carrière pad belopen kunnen beide waarde geven aan en in het werk. Wat voor de een zinvol werk is, is dat dus niet per se ook voor een ander. Zinvol werk is dus een *subjectief* begrip.

Zinvol werken impliceert dat er een waardeoordeel (affectief en/of cognitief) wordt geveld. Dit waardeoordeel wordt mede gevormd door de maatschappij waarin we leven, onze cultuur, onze sociale relaties en persoonlijkheid. Ook de waarden van de medische professie dragen bij aan de waarde die dokters toekennen aan het werk. Opgemerkt zij dat wat we ‘succesvol’ noemen niet per definitie zinvol is of bijdraagt aan zinvol werk of zinvol leven! Ook is er een verschil tussen ‘een reden hebben om te werken’ en ‘zinvol werken’. Een goed salaris verdienen kan wel een reden zijn voor werk, maar het gesprek over zinvol werk gaat er wel vanuit dat ‘er iets meer is dan alleen maar geld verdienen’.

Bij zinvol werk onderscheiden we 3 relevante begrippen (2):

- de ervaren significantie van de *overall* intrinsieke waarde van het werk. Deze intrinsieke waarde kan worden ontleend aan:
- een hoger doel hebben: deze dimensie van significantie is zelf-overstijgend van aard. Centraal is de oriëntatie op een ander persoon (bv. de patiënt) en/of een hoger doel (bv. kanker de wereld uit helpen). Ervaren significantie ontstaat wanneer iemand deelneemt aan een groep of een systeem met gedeelde waarden.
- Zelfrealisatie: deze dimensie gaat over de persoon zelf. Zelfrealisatie betekent dat iemands passie, sterke punten en kernwaarden aan bod kunnen komen in het werk. Het betekent ook in contact zijn met jezelf, authentiek zijn, je talenten ontwikkelen, en jezelf kunnen laten zien in het werk. Populair gezegd: zelfrealisatie gaat over ‘jezelf zijn en worden’. Het vraagt om voldoende autonomie en vrijheid. Bij te veel inperkingen of beperkende werkomstandigheden zal er eerder vervreemding optreden en komt de zelfrealisatie in het geding.

Diverse studies rapporteren dat voor artsen geldt dat zinvol werk wordt bepaald door 1. de menselijke/relatieve aspecten in het werk - met patiënten en collega's -, en 2. de (dagelijkse) beloningen van het (klinische) werk, zoals intellectueel uitgedaagd worden. (3) Punt 1 resoneert met de dimensie van ‘een hoger doel hebben’, en punt 2 met de dimensie van



‘zelfrealisatie’. Artsen geven aan dat in de praktijk de menselijke aspecten het werk zinvol maken door 1) de connectie met de patiënt, 2) het verschil te kunnen maken in het leven van een patiënt en 3) door het verkrijgen van een ander perspectief krijgen (op het leven) door of dankzij een patiënt (een goed voorbeeld hiervan is de Volkskrant serie ‘de ene patiënt’).(4)

Zinvol werk voor artsen:

- werk ‘dat ertoe doet’;
- werk dat waardegedreven is;
- werk dat een ander of een groter doel dient;
- werk waarin de medemenselijkheid centraal staat;
- werk waarin de arts zich kan ontplooiën.

2. Wat is de bijdrage van het domein aan het welzijn / werkplezier van artsen?

Positieve bijdrage

Zin ervaren is fundamenteel om een waardevol leven te kunnen lijden; het streven naar een zinvol leven en tevredenheid over het leven hangen nauw samen. Werk is, naast familie, voor veel mensen een van de belangrijkste bronnen van zingeving, zeker nu traditionele bronnen van zingeving, zoals religie, minder aanwezig zijn in onze samenleving. Zinvol werk wordt op verschillende manieren in verband gebracht met het werkplezier, zoals via bevlogenheid in het werk, empowerment, intrinsieke motivatie, (professionele) identiteitsontwikkeling en job-design (job crafting). Vanuit de arbeids- en organisatiepsychologie worden 4 psychologische factoren onderscheiden die zinvol werken bepalen en het welzijn (ook onafhankelijk van elkaar) beïnvloeden: autonomie, competenties, verbinding en weldoen/weldadigheid.(5,6)

Het ervaren van zingeving in het werk draagt bij aan de veerkracht van artsen (zie voor veerkracht hoofdstuk 2). Zinvol werk lijkt in positieve zin bij te dragen aan (affectief) welzijn, lijkt het commitment aan een gekozen carrière te vergroten, turnover time en absentieïsme te verkleinen en patiënttevredenheid te verhogen.(7) Onderzoek toont aan dat de ervaring van zinvol werk ook een dempende werking kan hebben op de negatieve gevolgen van stress op vitaliteit, persoonlijke groei en algemene tevredenheid.(8) Waardegedreven werk, dat wil zeggen werk dat in lijn is met iemands eigen waarden, kan een beschermende factor vormen tegen burnout.

Overigens hoeft zinvol werk niet altijd plezierig te zijn of direct plezier te brengen; evenmin zullen alle activiteiten die het welzijn vergroten ook zinvol zijn.

Tekort aan zinvol werk

Het gevoel hebben dat werken niet meer zinvol is; dat wat jij doet ‘er niet toe doet’ is een van de dimensies van het burnout syndroom zoals gemeten met de Maslach Burnout Inventory.(3) Gebrek aan ervaren zingeving (in werk en leven) is geassocieerd met depressies, mortaliteit en suïcidale gedachten.



Zinvol werken onder druk

Zingeving in het werk c.q. de ervaring van zinvol werk staat onder druk o.a. door toenemende administratieve lasten, verminderde autonomie, toegenomen verantwoordings- en prestatiedruk en dominante rigide systemen. Deze ontwikkelingen zouden we ‘tegenkrachten’ kunnen noemen omdat ze zowel het contact met patiënten en collega’s en de zelfrealisatie van artsen belemmeren of vertragen. De volgende quote is in deze illustratief.(1)

- “The majority of what we define as “work” takes place away from the patient, in workrooms and on computers”.

Zinvol werk en werkplezier:

- Zinvol werk is goed voor de arts, de patiënt en de organisatie;
- Zinvol werk is cruciaal voor een zinvol leven;
- Gebrek aan zinvol werk is schadelijk voor de (gezondheid van de) arts;
- Zinvol werk kan werken als een antidotum op de negatieve gevolgen van stress in het werk;
- Ontwikkelingen in de (organisatie van de) gezondheidszorg zetten zinvol werk onder druk;
- Autonomie, competentie, relationele verbinding en weldoen zijn psychologische factoren die bepalend zijn voor de ervaring van zinvol werk.

3. Welke interventies zijn beschreven / bekend binnen het domein om welzijn / werkplezier te vergroten?

Een Amerikaanse studie onder *aios en fellows* naar zingeving in het werk identificeerde 5 thema’s voor het vergroten van ervaren zinvol werk gedurende de opleiding. Van de 5 thema’s werd het eerste thema als het *aller*belangrijkste aangemerkt door aios.(9)

1. Meer tijd met de patiënt te hebben (aan het bed, in dialoog met de patiënt en zijn familie, betrokken in de patiëntenzorg, en meer bedside teaching);
2. Een gedeeld gevoel van teamwork en onderling respect tussen de verschillende zorgprofessionals en aios;
3. Minder tijd voor non-klinische en administratieve taken;
4. Een ondersteunende en collegiale werkomgeving; en
5. Een leeromgeving gericht op het ontwikkelen van klinisch vakmanschap en toenemende autonomie.

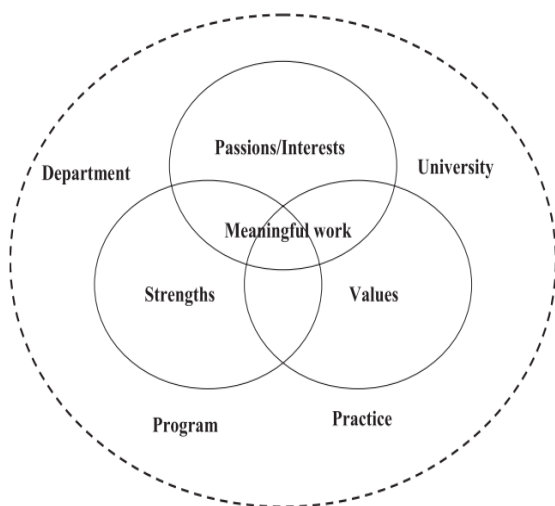
Kwalitatief onderzoek onder *medisch studenten* rapporteerde, in lijn met het eerste punt, dat de interne geneeskunde als specialisme aantrekkelijker zou worden als het contact met patiënten effectiever en bevredigender zou zijn.(4)

Zinvol werk vraagt dat in het werk van artsen de klinische en (mede)menselijke aspecten van de patiëntenzorg meer centraal gesteld worden. Een organisatorische interventie waarbij



aandacht voor zinvol werk expliciet als doel wordt gesteld kan hieraan bijdragen, en tegelijkertijd de tevredenheid van artsen vergroten en burn-out verminderen. Praktijkvoorbeelden die succesvol zijn gebleken in het vergroten van zin in het werk zijn o.a. (i) het tijdens overleg meer aandacht besteden aan de klinische dan aan de administratieve kwesties; (ii) elk team overleg starten met de presentatie van patiënten casuïstiek en discussie; en (iii) tijdens overleg artsen ruimte (pauzes) geven om stil te staan bij c.q. te rouwen over overleden patiënten.(10)

Interventies op individueel niveau zijn veelal gericht op het vergroten van bewustzijn en zelfinzicht. Persoonlijke reflectie op de synergie tussen iemands kwaliteiten, drijfveren/intrinsieke motivatie en waarden (zie figuur 1) kan helpen bij het definiëren wat het werk zinvol maakt voor iemand. Artsen die zichzelf kennen zijn beter in staat om te bepalen wat het werk zinvol maakt voor hen, om te kiezen voor zinvol werk en/of te kiezen voor werk dat en een werkomgeving die aansluit bij hun waarden. Reflectieve oefeningen die effectief kunnen worden ingezet zijn bijvoorbeeld ‘story writing’, het beoefenen van dankbaarheid, reflecteren op een ervaren gevoel van zingeving of op zaken die goed gingen op een dag en identificatie van de eigen (persoonlijke en professionele) waarden.(11,12)



Figuur 1. Model van zinvol werk binnen de academische context. (12)

Interventies die bijdragen aan zinvol werk voor artsen (i.o.)

- Voor alle (jonge) dokters geldt: (meer ruimte voor het) contact met de patiënt!
- Individuele interventies gericht op het verkrijgen van zelfkennis (dokter, ken u zelve!) faciliteren de keuze voor zinvol werk;
- Organisatorische interventies die patiënt(enzorg) centraal stellen in het artsenwerk vergroten ervaren zinvol werk;
- Interventies gericht op goede, steunende en respectvolle relaties met collega's en andere zorgverleners;
- Voldoende leermogelijkheden en autonomie voor opleidingen.



Referenties bij hoofdstuk 1

1. Rosenthal DI, Verghese A. Meaning and the Nature of Physicians' Work. *The New England journal of medicine*. 2016;375(19):1813-5.
2. Martela F, Pessi AB. Significant Work Is About Self-Realization and Broader Purpose: Defining the Key Dimensions of Meaningful Work. *Frontiers in psychology*. 2018;9:363.
3. Shanafelt TD. Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. *Jama*. 2009;302(12):1338-40.
4. Horowitz CR, Suchman AL, Branch WT, Jr., Frankel RM. What do doctors find meaningful about their work? *Annals of internal medicine*. 2003;138(9):772-5.
5. Martela F, Riekkari TJJ. Autonomy, Competence, Relatedness, and Beneficence: A Multicultural Comparison of the Four Pathways to Meaningful Work. *Frontiers in psychology*. 2018;9(1157).
6. Martela F, Ryan RM. The Benefits of Benevolence: Basic Psychological Needs, Beneficence, and the Enhancement of Well-Being. *J Pers*. 2016;84(6):750-64.
7. Shanafelt TD, West CP, Sloan JA, Novotny PJ, Poland GA, Menaker R, et al. Career fit and burnout among academic faculty. *Archives of internal medicine*. 2009;169(10):990-5.
8. Moreno-Milan B, Cano-Vindel A, Lopez-Doriga P, Medrano LA, Breitbart W. Meaning of work and personal protective factors among palliative care professionals. *Palliative & supportive care*. 2019;17(4):381-7.
9. Hipp DM, Rialon KL, Nevel K, Kothari AN, Jardine LDA. "Back to Bedside": Residents' and Fellows' Perspectives on Finding Meaning in Work. *Journal of graduate medical education*. 2017;9(2):269-73.
10. Dunn PM, Arnetz BB, Christensen JF, Homer L. Meeting the imperative to improve physician well-being: assessment of an innovative program. *Journal of general internal medicine*. 2007;22(11):1544-52.
11. Rippstein-Leuenberger K, Mauthner O, Bryan Sexton J, Schwendimann R. A qualitative analysis of the Three Good Things intervention in healthcare workers. *BMJ open*. 2017;7(5):e015826.
12. Lieff SJ. Perspective: The missing link in academic career planning and development: pursuit of meaningful and aligned work. *Academic Medicine*. 2009;84(10):1383-8.

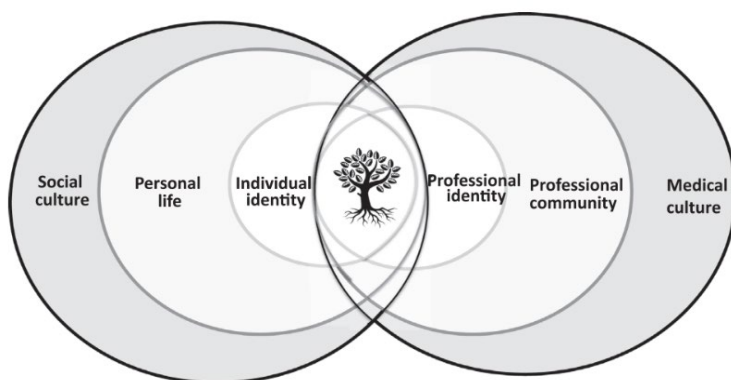


2. Werkplezier, Welzijn en Persoonlijke Veerkracht

1. Wat verstaan we onder het domein?

Persoonlijke veerkracht kan worden gedefinieerd als ‘het vermogen om op een gezonde manier op stress te reageren, zodat doelen worden bereikt met minimale psychologische en fysieke belasting’. (1,2) De reacties van mensen op negatieve gebeurtenissen zijn zeer divers en lopen uiteen van uit balans raken (negatief) via herstellen en op de oude voet doorgaan (neutraal) tot ‘er sterker uit komen’ (positief). Het laatste genoemde heeft betrekking op een hernieuwd vertrouwen in de toekomst, verbeterde sociale relaties, meer compassie voor anderen die lijden en een grotere tevredenheid met het leven. (3) Met andere woorden, mensen die er sterker uitkomen, beschikken over veerkracht. Veerkracht wordt gekenmerkt door het genereren van sociale steun tijdens en na de negatieve gebeurtenis en het vinden van betekenis in datgene wat er heeft plaatsgevonden. (3)

Er zijn verschillende theorieën over c.q. visies op veerkracht. Van oudsher werd veerkracht gezien als een intrinsieke of aangeboren kwaliteit in plaats van een eigenschap die kan worden ontwikkeld of geleerd. Recente theorieën over veerkracht suggereren echter dat veerkracht niet statisch is en zowel kan verbeteren als verslechteren over tijd. Deze theorieën suggereren dat veerkracht een product is van tegenslag en dat de mate van veerkracht wordt bepaald door een brede range van individuele, interne factoren en externe factoren die kunnen variëren al naar gelang de context en tijdspanne. (4-7) In een recente (2019) systematische literatuurstudie zijn deze beïnvloedende factoren geïnventariseerd. Individuele, interne factoren die positief aan veerkracht kunnen bijdragen zijn o.a. de afwezigheid van psychiatrische symptomen, een positieve houding, optimisme, een goede emotieregulering en het vermogen om mislukkingen te zien als een kans om van te leren. Bij externe factoren kan worden gedacht aan culturele (waaronder specifiek de medische cultuur), organisatorische (bv. collegiale steun) en sociale (vrije tijdsbesteding, waaronder sportbeoefening) factoren. (8)



Figuur 1. Winkel et al. (2018). De invloed van de (persoonlijke en professionele) omgeving op de veerkracht van de arts. De boom representeert het fenomeen veerkracht: een levend systeem dat dankzij eigen kracht, voeding van buiten en (het overwinnen van) tegenslag haar ideale vorm bereikt. (9)

Veerkracht wordt dus beschouwd als een proces – in plaats van een (aangeboren) kwaliteit – hetgeen impliceert dat het kan worden ontwikkeld of geleerd. Er worden twee complementaire processen onderscheiden: 1. preventief: omgaan met tegenslag door actief



weerstand te bieden – ter voorkoming van verlies aan veerkracht en de ontwikkeling van burnout, en 2. correctief/restauratief: effectief omgaan met tegenslag/traumatische situaties.(2,10) Bij dit onderscheid kan echter een kritische kanttekening worden geplaatst: veerkracht kan weliswaar worden aangemerkt als ‘beschermende factor’ voor de ontwikkeling van burnout, maar er moet voor worden gewaakt dat veerkracht wordt gereduceerd tot ‘mediator’ in het ontwikkelingsproces van burnout. Het tegengestelde van ‘veerkrachtig zijn’ is ‘niet veerkrachtig zijn’; echter, ‘niet veerkrachtig zijn’ is niet gelijk aan burnout. (Dezelfde redenering geldt voor burnout: het tegengestelde van burnout is ‘niet burnout’; ‘niet burnout’ is echter niet gelijk aan veerkrachtig). Veerkracht als concept moet worden gezien als een proces dat ligt vervat in de context waarin het tot stand is gekomen.

Veerkracht is:

- Vermogen om ‘mee te buigen’ in stressvolle situaties, hiervan te herstellen en te groeien als professional door betekenis te vinden in dat wat heeft plaatsgevonden
- Proces ipv een trait – dit impliceert dat het een vermogen is dat kan worden ontwikkeld
- een beschermende factor voor burnout, die in de context (zoals de werkomgeving) waarin het tot stand komt moet worden gezien.

2. Wat is de bijdrage van het domein aan het welzijn / werkplezier van artsen?

Veerkrachtige artsen dragen beter bij aan de welzijns cultuur van hun organisatie: “they preach what they practice”, wat betekent dat ze meer geneigd zijn om positief gezondheidsgedrag aan te moedigen bij collega’s (en patiënten) wanneer ze dit gedrag zelf ook laten zien.

Veerkrachtige artsen zijn beter toegerust om invulling te geven aan hun rol in het verbeteren van zorgprocessen en efficiëntie in praktijkvoering voor zichzelf en voor hun collega’s.(11)

Een verbetering van veerkracht kan zich uiten in verhoogde patiënttevredenheid, betere ervaren kwaliteit van zorg en betere attitudes ten opzichte van patiënten.(12,13)

3. Welke interventies zijn beschreven / bekend binnen het domein om welzijn / werkplezier te vergroten?

De meest gebruikte interventies om persoonlijke veerkracht te bevorderen zijn psychosociale vaardigheidstrainingen en mindfulness(-based) trainingen. Andere interventies zijn (individuele) coaching, mentoring, narrative medicine trainingen, veerkracht workshops, cognitieve gedragstraining, simulation-based en online trainingen. Veel trainingen worden in een (kleine) groepssetting uitgevoerd. Interventies kunnen bestaan uit een combinatie van elementen, zoals bv mindfulness oefeningen en reflectie binnen een veerkrachtverhogende workshop.(14-16) In de literatuur wordt benadrukt dat het voor het vergroten van welzijn van



artsen onvoldoende is alleen in te zetten op het vergroten van hun individuele veerkracht; ook de organisaties waar artsen werken vereisen aanpassing.(17)

Ondanks de genoemde interventies wordt gesuggereerd dat er weinig formele mogelijkheden voor artsen zijn om hun veerkracht te verbeteren en een grotere self-awareness in dagelijkse werkzaamheden te ontwikkelen. Zwack en Schweitzer (2) wijzen in dit verband op het belang van *informal practices*; ze helpen artsen de balans op te maken en hun hoofd leeg te maken op belangrijke momenten. Deze practices kunnen heel divers zijn. Zo beschrijven Moulton en Epstein (18) hoe chirurgen een tacit awareness ontwikkelen zodat zij kunnen “vertragen wanneer dat moet” wanneer zich moeilijke momenten voordoen tijdens een operatie. Sommige huisartsen hebben de gewoonte ontwikkeld om voor een volgend consult kort te pauzeren door het hoofd leeg te maken van gedachten aan voorgaande consulten om hen te helpen meer ‘aanwezig en beschikbaar’ te zijn voor hun volgende patiënt. In dit verband wijzen Epstein en Krasner (1) op de behulpzaamheid van Balint-groepen (intervisies met 8-10 personen) en Schwartz-rondes (reflectieve teambijeenkomst), ontworpen om huisartsen (in opleiding) te helpen zich bewust te zijn van hun eigen emotionele reacties, vooroordelen en tegenoverdracht die hun klinische zorg kunnen beïnvloeden.

Interventies voor het vergroten van veerkracht grijpen aan/ zijn gebaseerd op:

- Psychosociale vaardigheden / mindfulness / coaching / mentoring / narrative medicine / simulatie / online training
- Informal practices (ontwikkeling van awareness en habits of mind)

3a. Specifieke interventies per subgroep van co-assistenten, anios, aios en jonge (tot 5 jaar na afronding) specialisten?

Een recent (2018) systematisch literatuuronderzoek naar interventies ter bevordering van veerkracht heeft zich gericht op interventies voor praktiserend artsen (14). Minder dan de helft van de in deze review opgenomen interventies was echter bedoeld voor uitsluitend artsen; de meeste interventies richtten zich op artsen in combinatie met andere zorgprofessional/studenten. Specifieke interventies per subgroep laten zich niet identificeren in de literatuur, maar er is meer oog voor het thema ‘veerkracht’ binnen medische curricula.(19) Een voorbeeld van een curriculuminnovatie zijn de ‘mindful practice seminars’, sinds 2007 verzorgd aan alle derdejaars studenten geneeskunde en verschillende vervolgopleidingen aan de universiteit van Rochester School of Medicine and Dentistry. Deze seminars zijn gelijktijdig ontwikkeld met een serie meerdaagse workshops voor artsen en opleiders, die zich richten op de ontwikkeling van self-awareness en veerkracht.(20)



4. Wat is bekend over effectiviteit van interventies?

De systematic review van Fox et al. laat zien dat in de meeste gevallen de interventie-effecten niet worden gemonitord na afloop van de interventie. Voor de studies waar dit wél werd gedaan werden effecten gevonden gedurende een gemiddelde periode van 8 maanden (SD 9,2; bereik 2-30 maanden) (14). Effectgroottes waren heterogeen; overall waren deze laag tot matig, met een slechte betrouwbaarheid. De werkelijke effectiviteit van interventies laat zich moeilijk onderzoeken vanwege methodologische tekortkomingen van de studies en een gebrek aan helderheid van het concept en de definitie van het construct ‘veerkracht’. Het onderzoek naar de effectiviteit van deze interventies wordt verder gecompliceerd door de grote verscheidenheid aan uitkomstmaten om veerkracht te meten, waardoor een meta-analyse niet kon worden uitgevoerd. Het is van belang om een duidelijk onderscheid te maken tussen 1) trainingen om vaardigheden en gewoonten van self-awareness te ontwikkelen en 2) supportgroepen die psychologische ondersteuning en een ‘luisterend oor’ bieden. Hoewel supportgroepen in sommige omstandigheden nuttig en noodzakelijk kunnen zijn, dragen zij niet noodzakelijkerwijs bij aan de ontwikkeling van de beoogde *habits of mind* ter bevordering van veerkracht. Het is zeer waarschijnlijk dat er geen ‘one size fits all’ aanpak is. In de literatuur worden er wel een aantal aandachtspunten genoemd:

- In een studie van Beckman et al. (21) waarin werd geïnventariseerd wat artsen hadden geleerd van een mindful communication intervention noemden artsen de noodzaak voor verbondenheid met een ‘community’. Artsen zijn in toenemende mate geïsoleerd – fysiek omdat ze in verschillende settings werken of emotioneel omdat er weinig tijd is om over elkaars ervaringen en professionele uitdagingen te horen en persoonlijke relaties te ontwikkelen. Interventies ter bevordering van veerkracht, welzijn en kwaliteit van zorg moeten daarom aandacht hebben voor de ontwikkeling van een gemeenschapsgevoel waaruit artsen steun kunnen putten. Interventies zoals Balint-groepen vinden meestal plaats buiten de dagelijkse routine of zelfs buiten de ziekenhuisomgeving. Dit kan resulteren in een verminderde opkomst en een beperkte impact van de interventie.
- Voor de effectiviteit van interventieprogramma’s is niet alleen de betrokkenheid en inzet van de betrokken artsen van cruciaal belang, maar ook die van de organisatie. Een review studie van Awa et al. (22) naar de effecten van burnout-preventie-interventies liet zien dat er langduriger positieve effecten (≥ 12 maanden) optreden bij interventies die zowel een persoonsgerichte en als een organisatiegerichte focus hebben.
- Met het oog op interventies ter bevordering van persoonlijke veerkracht van artsen is er consensus dat veerkracht afhankelijk is van individuele, community - en institutionele factoren.

Aandachtspunten voor interventies:

- Community-based, gericht op de groep c.q. rekening houdend met de sociale relaties
- Combinatie van persoonsgerichte en organisatiegerichte focus



Referenties bij hoofdstuk 2

1. Epstein RM, Krasner MS. Physician resilience: what it means, why it matters, and how to promote it. *Acad Med.* 2013;88:301-303.
2. Zwack J, Schweitzer J. If every fifth physician is affected by burn-out, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. *Acad Med.* 2013;88:382-389.
3. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry.* 2004;15:1-18.
4. Mahoney JL, Bergman LR. Conceptual and methodological considerations in a developmental approach to the study of positive adaptation. *J Appl Dev Psychol.* 2002;23:195-217.
5. Ungar M. Resilience across culture. *Br J Soc Work.* 2008;38:218-235.
6. Fletcher D, Sarkar M. Psychological resilience. *Eur Psychol.* 2013;18:12-23.
7. Venegas CL, Nkangu MN, Duffy MC, Fergusson DA, Spilg EG. Interventions to improve resilience in physicians who have completed training: A systematic review. *PloS one.* 2019;14(1):e0210512.
8. McKinley N, Karayiannis PN, Convie L, Clarke M, Kirk SJ, Campbell WJ. Resilience in medical doctors: a systematic review. *Postgrad Med J.* 2019;95(1121):140-7).
9. Winkel AF, Robinson A, Jones AA, Squires AP. Physician resilience: a grounded theory study of obstetrics and gynaecology residents. *Medical education.* 2019;53(2):184-94.
10. Jackson D, Firtko A, Edenborough M. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *J Adv Nurs.* 2007;60:1-11.
11. Bohman B, Dyrbye L, Sinsky C. et al. Physician well-being: the reciprocity of practice efficiency, culture of wellness and personal resilience. *NEJM Catalyst.* 2017.
12. Stevenson AD, Phillips CB, Anderson KJ. Resilience among doctors who work in challenging areas: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2011;61(588):e404-410.
13. DeVoe J, Fryer GE, Straub A. et al. Congruent satisfaction: is there geographic correlation between patient and physician satisfaction? *Med Care.* 2007;45(1):88-94.
14. Fox S, Lydon S, Byrne D, et al. A systematic review of interventions to foster physician resilience. *Postgrad Med J.* 2018;94:162-170.
15. Moorfield C, Cope V. Interventions to increase resilience in physicians: A structured literature review. *Explore.* 2019.
16. Rogers D. Which educational interventions improve healthcare professionals' resilience? *Medical teacher.* 2016;38(12):1236-41.
17. Card AJ. Physician Burnout: Resilience Training is Only Part of the Solution. *Annals of family medicine.* 2018;16(3):267-70.
18. Moulton CA, Epstein RM. Self-monitoring in surgical practice: Slowing down when you should. In: Fry H, Kneebone R, eds. *Surgical Education: Theorising an Emerging Domain.* Dordrecht, The Netherlands: Springer;2011:169-182.
19. Beresin E, Milligan T, Balon R, et al. Physician wellbeing: A critical deficiency in resilience education and training. *Acad Psychiatry.* 2016;40:9-12.
20. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA.* 2009;302:1284-1293.
21. Beckman HB, Wendland M, Mooney C, et al. The impact of a program in mindful communication on primary care physicians. *Acad Med.* 2012;87:815-819.
22. Awa WL, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Educ Couns.* 2010;78:184-190.



3. Werkplezier, Welzijn en de Organisatie van de (klinische) Praktijk

1. Wat verstaan we onder het domein?

Organisatie van de (klinische) praktijk omvat het geheel aan systemen, werkprocessen en - praktijken waar artsen mee te maken hebben in het dagelijks werk. Een efficiënte organisatie stelt artsen in staat om een goede professional performance te leveren en heeft een positieve impact op hun welzijn.

2. Wat is de bijdrage van het domein aan het welzijn / werkplezier van artsen?

Onderzoek toont stevast aan dat organisatiefactoren of elementen uit gezondheidszorg-systemen een grotere bijdrage leveren aan de ervaring van burn-out dan individuele factoren.(1-4) Voorbeelden zijn excessieve werkdruk (lange dagen, frequente nachtdiensten, hoge intensiteit van het werk), onvoldoende ervaren steun van collega's of leidinggevende en het gevoel van verlies van controle, autonomie en flexibiliteit in het werk.(4) Voor meer voorbeelden, zie Tabel 1.

Tabel 1. Voorbeelden van factoren uit de werkomgeving die het werkplezier en welzijn doorgaans negatief (links) en positief (rechts) beïnvloeden	
<ul style="list-style-type: none"> • Excessieve werkhoeveelheid • Lange werkdagen • Dienstbelasting • Administratieve belasting • Belemmeringen in elektronische patiëntendossiers • Werk-privé conflicten • Risico tuchtzaken (toenemende juridisering) • Emotioneel belastende casussen • Gevoel van verlies van autonomie en controle over het werk • Inefficiënte tijdsbesteding door administratieve werkzaamheden (als het doel onduidelijk is) • Ontbreken van (sociale) steun collega's • Ontbreken steun van organisatie/ leidinggevende • Snelle veranderingen in werkwijze 	<ul style="list-style-type: none"> • Prettige werksfeer • Erkenning van patiënten • Betekenisvol werk • Voldoende tijd patiëntencontact • Goed lopen zorgverlening • Leer- en ontwikkelingsmogelijkheden • Inhoudelijk interessant werk • Constructieve performance feedback • Gerechvaardigde beloning/ compensatie • Autonomie • Goede communicatie en informatie-uitwisseling • Mogelijkheid tot flexibel werken

De hierboven genoemde factoren komen terug in het worklife model van Leiter en Maslach dat 6 domeinen in de werkomgeving identificeert waarbinnen - voor een gezonde werkomgeving - een goede fit tussen het individu en de organisatie wordt vereist: werklust, controle, beloning, gemeenschappelijkheid, eerlijkheid en waarden.(5) De focus op een goede 'fit' bereiken impliceert dat het bij werkplezier en welzijn gaat om een *relatie* tussen individu en organisatie, en niet louter over doelen van of de organisatie of het individu. Hoe beter de fit



hoe waarschijnlijker het is dat artsen bevlogen en veerkrachtig zijn in hun werk. Het tegenovergestelde is ook waar, een slechte fit tussen individu en organisatie des te groter de kans op burnout.

Werklast: binnen de uitvoering van het werk zijn er mogelijkheden om rust te nemen, te herstellen en de balans te hervinden.

Controle: de perceptie dat je invloed kan uitoefenen op besluiten en professioneel autonoom kan werken.

Beloning: het gevoel dat je gepast en consistent wordt beloond voor je inspanningen.

Gemeenschap: je werkrelaties worden gekenmerkt door voldoende sociale steun, vertrouwen en een gezonde conflicthantering

Eerlijkheid: de mate waarin je werkbeslissingen percipieert als eerlijk en billijk.

Waarden: de ervaring dat je werk overeenstemt met c.q. aansluit bij je eigen idealen en motivaties.

The Worklife model, Leiter en Maslach (5). Voor een gezonde werkomgeving is het cruciaal dat er een goede fit voor de organisatie en het individu wordt bereikt op deze zes werkdomeinen.

Het is van belang dat de organisatie van de klinische praktijk in lijn ligt met de intrinsieke motivatie van artsen. Administratieve processen worden voornamelijk als niet zinvol ervaren wanneer niet duidelijk is of, en hoe, deze bijdragen aan de kwaliteit van zorgverlening. In een onderzoek naar (persoonlijke) betekenisvolheid van werkzaamheden en burn-out, werd aangetoond dat artsen die minstens 20% van hun tijd aan de taken besteden die zij persoonlijk het meest betekenisvol vinden een veel lager risico lopen op burn-out dan artsen dit niet doen.(6) Momenteel pleiten verschillende onderzoekers, artsen en beleidsmakers voor een verschuiving van individueel georiënteerde interventies naar interventies gericht op het creëren van positieve werkomgevingen.(7-9) We weten relatief goed welke factoren uit de werkomgeving het welzijn van gezondheidszorgprofessionals *negatief* beïnvloeden. Onderzoek naar welke factoren uit de werkomgeving bijdragen aan de ervaring van *positieve* werkomgevingen en veerkracht van artsen en zorgorganisaties is nog relatief beperkt.(8) Er is meer rigoureuus en longitudinaal onderzoek nodig naar hoe factoren in werkomgevingen welzijn negatief en positief beïnvloeden. Het stimuleren van veerkracht en plezier middels het aanpassen van werkomgevingen vergt waarschijnlijk meer dan louter het wegnemen van factoren die verminderd welzijn veroorzaken. Positieve, goed georganiseerde, werkomgevingen hebben de potentie om welzijnsproblemen op termijn te voorkomen.

- De ervaring van werkplezier en welzijn is voor een groter deel afhankelijk van werkgerelateerde factoren dan individuele factoren.
- Er is in toenemende mate aandacht voor het verbeteren van werkomgevingen om werkplezier en welzijn te vergroten.
- Het worklife model identificeert 6 werkdomeinen die bijdragen aan een gezonde werkomgeving, en dus aan werkplezier en welzijn.



3. Welke interventies zijn beschreven / bekend binnen het domein om welzijn / werkplezier te vergroten?

De organisatie van de (klinische) praktijk is een relatief breed domein en de invulling hiervan verschilt per zorgorganisatie. Dit maakt interventies die betrekking hebben op dit domein en de manier waarop ze worden geïmplementeerd relatief heterogeen. (1,10,11) Bij interventies gericht op de organisatie van de (klinische) praktijk kan gedacht worden aan vermindering van de werkuren, wijzigingen in de roostering, veranderingen in het werkproces (o.b.v. workflow mapping, Lean Management), aanpassingen in het design van elektronische patiëntendossiers, of een efficiëntere inrichting van de werkplek. Er zijn enkele studies die interventies hanteren die de werkomgeving op een systematische wijze, meestal op instellingsniveau, aanpakken. Onderstaande links geven een illustratie van Lean Management, AI-applicaties, en andere initiatieven die erop gericht zijn om de organisatie van de klinische praktijk te verbeteren:

- <https://catalyst.nejm.org/what-is-lean-healthcare/>
- <https://hbr.org/2018/05/10-promising-ai-applications-in-health-care>
- <https://parsh.ai/>
- <https://www.bernhoven.nl/media/3455/bernhoven-van-dromen-naar-doen-8-9-seh.pdf>

Linzer et al. (2015) categoriseert interventies in drie categorieën: 1) interventies gericht op het verbeteren van de communicatie 2) het aanpassen van werk en werkprocessen (workflow) en 3) diverse kwaliteitsverbeteringsprojecten. Onder de eerste categorie vallen bijvoorbeeld interventies gericht op het verbeteren van interpersoonlijke communicaties, teamcommunicatie, communicatie met leidinggevendenden over de roostering, het maken van een wensenlijst, en maandelijkse updates over systeemwijzigingen. Interventies die vallen onder de tweede categorie zijn bijvoorbeeld het inzetten van *physician assistants* om data in het elektronisch patiëntendossier in te voeren en het delen van informatie om de werkomgeving efficiënter in te richten. Bij de derde categorie kan worden gedacht aan verschillende projecten die erop gericht zijn om zorgen/problemen ervaren door gezondheidszorgprofessionals weg te nemen.

Het eerder genoemde worklife model vraagt voor het realiseren van een gezonde werkomgeving aandacht voor strategieën op elk van de domeinen.(5,13) Het advies daarbij is om de ervaringen van artsen, andere zorgprofessionals en ook patiënten te betrekken.

- Er is een breed scala aan interventies om de organisatie van de klinische praktijk te verbeteren. Bijvoorbeeld interventies ter bevordering van de communicatie, interventies gericht op het in kaart brengen en verbeteren van werkprocessen (bv Lean Management), en diverse kwaliteitsverbeteringsprocessen gericht op het wegnemen van zorgen van artsen.
- Bij de keuze voor interventies is het aanbevelenswaardig om tenminste het perspectief van artsen en andere zorgprofessionals op de werkomgeving te betrekken.



4. Wat is bekend over effectiviteit van interventies? (Wat werkt en wat werkt niet)

Er is geen one-size-fits-all oplossing. Meerdere interventies gericht op de organisatie van de praktijk kunnen bijdragen aan het welzijn van artsen. Doorgaans zijn interventies gericht op de werkomgeving effectiever dan interventies gericht op het individu; waarschijnlijk is een combinatie van beide aanpakken het meest effectief.(10,11) Meerdere studies raden aan om de werkomstandigheden en het welzijn van artsen herhaaldelijk en systematisch te meten, en dit ook op team niveau te doen.(9,12,13) Op deze manier kunnen middelen en interventies worden ingezet op de plek waar deze het meest nodig zijn binnen de organisatie. Vervolgens kan ook de impact van interventies worden gemeten. Een bijkomend voordeel is dat er op deze manier ook oog is voor de lokale werkomgeving. In de lokale werkomgeving, bijvoorbeeld binnen een specialisme/afdeling, manifesteren zich unieke risico's en mogelijkheden om het werkplezier en welzijn van artsen te verbeteren. Vervolgens is het van belang dat er binnen organisatie 'welzijnsexpertise' en een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling wordt ontwikkeld.

Op het gebied van specifieke interventies is het moeilijk te zeggen wat precies effectief is en wat niet.(1,10,11) Dit is lastig te onderzoeken door de heterogeniteit en verschillende implementatiecontexten van interventies. Daarnaast zijn de interventies binnen dit domein niet altijd direct gericht op het verbeteren van welzijn. Interventies die bestaan uit meerdere componenten (bv. onderwijs, toepassen van geleerde, coaching, groepsbespreking) zijn effectiever bevonden. De interventies die het vergroten van (eigen) controle op het werk als doel hebben en die teamcommunicatie en samenwerking meenemen lijken effectiever.

Van de drie categorieën geformuleerd door Linzer et al. (2015) bleek de categorie 'workflow' (bv het aanpassen van dienstroosters, betrekken van nurses bij administratie/werk) het meest effectief om het welzijn van gezondheidszorgprofessionals te verbeteren. Gevolgd door communicatie (bijvoorbeeld het bespreken betekenisvolle onderwerpen, met betrekking tot klinische cases of effecten van klinisch werken). Ook kwaliteitsverbeteringsprojecten gericht op de zorgen van gezondheidszorgprofessionals bleken bij te dragen aan het welzijn van gezondheidszorgprofessionals. De resultaten van Linzer et al. (2015) suggereren dat inzetten op meerdere interventies om de perceptie van de werkomstandigheden van klinici te verbeteren mogelijk bijdragen aan het welzijn en werkplezier van artsen, met alle positieve effecten van dien.

Ook wordt verondersteld dat interventies op individueel niveau vooral effecten hebben op de korte termijn. Interventies op organisatieniveau hebben impact op de korte en middellange termijn, en hebben de potentie om preventief te werken op de lange termijn. Dat wil zeggen, door het aanpassen van de werkomstandigheden kan er een positieve werkomgeving gecreëerd worden hetgeen weerspiegelt op het werkplezier en welzijn van artsen.

Er is steeds meer aandacht voor grootschalige, intensieve welzijnsinterventies op organisatie of systeemniveau. Echter, mede door de complexiteit, zijn deze interventies nog nauwelijks geëvalueerd en onderzocht. Rigoureuus longitudinaal onderzoek is nodig om meer



duidelijkheid te geven over hoe interventies binnen het domein ‘organisatie van de klinische praktijk’ van invloed zijn op het werkplezier en welzijn van artsen.(10,11) Hierbij is het van belang dat niet alleen wordt gekeken naar het aanpakken van factoren die burn-out of verminderd welzijn veroorzaken, maar ook naar factoren die welzijn en veerkracht stimuleren.(8)

- Interventies die gericht zijn om de organisatie van de (klinische) praktijk te verbeteren zijn effectief bevonden in het verbeteren van het welzijn van artsen.
- Door de verscheidenheid aan interventies én werkomgevingen waarin deze geïmplementeerd is nog onvoldoende duidelijk wat interventies effectief maakt. Meer rigoureuus en longitudinaal onderzoek is nodig, evenals onderzoek naar onderliggende mechanismen
- Diverse typen interventies zijn effectief. Er is geen one-size-fits-all; meerdere interventies tegelijkertijd zijn nodig. Een combinatie van interventies gericht op individuele skills en de werkomgeving is waarschijnlijk het meest effectief.



Referenties bij hoofdstuk 3

1. Linzer M, Poplau S, Grossman E, Varkey A, Yale S, Williams E, et al. A cluster randomized trial of interventions to improve work conditions and clinician burnout in primary care: results from the Healthy Work Place (HWP) study. *Journal of general internal medicine*. 2015;30(8):1105-11.
2. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annual review of psychology*. 2001;52(1):397-422.
3. Bakker AB, Demerouti E. Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2017;22(3):273-85.
4. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*. 2018;283(6):516-29.
5. Leiter MP, Maslach C. Areas of worklife: a structured approach to organizational predictors of job burnout. In: Perrewe PL, Ganster DC, eds. Elsevier. 2004: 91-113. (Research in Occupational Stress and Well-Being.)
6. Shanafelt TD, West CP, Sloan JA, Novotny PJ, Poland GA, Menaker R, et al. Career Fit and Burnout Among Academic Faculty. *JAMA Internal Medicine*. 2009;169(10):990-5.
7. Sinsky CA, Willard-Grace R, Schutzbank AM, Sinsky TA, Margolius D, Bodenheimer T. In search of joy in practice: a report of 23 high-functioning primary care practices. *The Annals of Family Medicine*. 2013;11(3):272-8.
8. Panagopoulou E, Montgomery A. From burnout to resilient practice: is it a matter of the individual or the context? *Medical Education*. 2019;53(2):112-4.
9. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clinic Proceedings*. 2017;92(1):129-46.
10. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*. 2017;177(2):195-205.
11. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2016;388(10057):2272-81.
12. Shanafelt T, Trockel M, Ripp J, Murphy ML, Sandborg C, Bohman B. Building a Program on Well-Being: Key Design Considerations to Meet the Unique Needs of Each Organization. *Academic Medicine*. 2018;94(2):156-61.
13. Montgomery A, Panagopoulou E, Esmail A, Richards T, Maslach C. Burnout in healthcare: the case for organisational change. *BMJ*. 2019;366:14774.



4. Cultuur van Werkplezier en Welzijn

1. Wat verstaan we onder het domein?

Een organisatiecultuur verwijst naar de (on)geschreven regels, ideeën, waarden, normen en overtuigingen die (over het algemeen) gedeeld en geaccepteerd zijn binnen een organisatie. Een cultuur van welzijn kan worden gedefinieerd als een set van normatieve waarden, houdingen en gedragingen die zelfzorg, persoonlijke en professionele ontwikkeling, zelfcompassie en compassie voor collega's en patiënten promoten en ondersteunen.(1) Een organisatie die het belang van een cultuur van welzijn onderstreept en cultiveert, draagt bij aan het werkplezier van arts.

Cultuur versus klimaat

Het concept cultuur wordt vaak als synoniem voor klimaat gebruikt, maar de concepten verschillen op een aantal punten. Een klimaat beschrijft de ervaringen die mensen hebben met de *zichtbare aspecten* van de organisatie zoals het beleid, beloningssystemen en de procedures of richtlijnen. De cultuur van een organisatie beschrijft de normen, waarden en assumpties die mensen hebben binnen hun werk, datgene wat *onzichtbaar* is.(2) Klimaat manifesteert zich meer aan de *oppervlakte* van de organisatie, waar de cultuur zich meer als *onderstroom*, en dus juist 'onder de oppervlakte' afspeelt. Zowel cultuur als klimaat beschrijven hetzelfde fenomeen, maar elk met een eigen bril, zoals het voorbeeld in Box 1 laat zien. Anders gezegd, het organisatieklimaat is de manifestatie van de organisatiecultuur. In dit hoofdstuk staat de cultuur centraal; daar waar het gaat over het klimaat benoemen we dit expliciet.

Zorgprofessional: "Na twee weken merkte ik al dat er veel agressie en geweld voorkomt op deze afdeling. Toen ik mijn hart wilde luchten bij een collega gaf zij vrij duidelijk aan dat 'erover piepen' geen zin had; dit hoorde namelijk bij het werk"

Cultuur: Niet piepen, dat doen we al jaren zo. Niemand piept erover.

Zorgprofessional: "Het was me wel duidelijk dat veel mensen rondliepen met veel werkdruk door de aanwezigheid van agressie en geweld. Wat me ook duidelijk werd, was dat het nooit besproken werd. Het stond niet op de agenda van het teamoverleg, we kregen geen cursussen om er mee om te gaan en met collega's onderling kon ik er ook niet over praten."

Klimaat: Agressie en geweld staat niet op de agenda van het teamoverleg, er wordt geen melding gemaakt als er een agressie incident is geweest er zijn geen bijscholingscursussen om ons er beter mee om te laten gaan.

Box 1: Illustratie hoe cultuur en klimaat hetzelfde fenomeen beschrijven met een andere lens.

Voorbeeld ontleend aan: <https://www.izz.nl/zorgorganisaties/cultuur-of-klimaat>



Drie niveaus van cultuur

Een organisatiecultuur, waaronder ook een cultuur van welzijn, onderscheidt drie niveaus.(2)

1. Artefacten en symbolen. Deze bevinden zich aan de oppervlakte van de organisatie zoals de structuren, processen, rituelen. Ze zijn zichtbaar voor medewerkers en mensen van buitenaf. Het komt bijvoorbeeld tot uitdrukking in hoe artsen patiënten behandelen.
2. Waarden en normen. Hier gaat om de waarden, normen en gedragsregels die uitgedrukt worden in bijvoorbeeld de missie van een organisatie, communicatie tussen organisaties of de waarden van de professie. Een voorbeeld van een waarde is de eed van Hippocrates.
3. Veronderstellingen. Veronderstellingen of assumpties zitten diep - in de kern - van een organisatie. Het zijn de ongeschreven regels die als vanzelfsprekend worden ervaren. Een voorbeeld is het 'verborgen curriculum'.



Figuur 1: Het 'ui' model. De drie niveaus worden als een 'ui' weergegeven. De buitenkant van de ui is relatief makkelijk te veranderen, waar de middelste ring het moeilijkst te veranderen is.

Welk bedrijf heeft een sterke cultuur van welzijn? Bedrijven als Google worden vaak als voorbeeld genoemd. Werknemers van het bedrijf krijgen gratis maaltijden, er zijn glijbanen, klimmuren en pingpongtafels. Ook krijgen werknemers veel autonomie en wordt gevraagd wat ze écht willen. Hoewel dit – zeker voor de gezondheidszorg - extreem lijkt, laat het wel zien dat Google het belangrijk vindt dat haar werknemers goed voor zichzelf zorgen (maaltijden, ontspanning) en Google haar werknemers serieus neemt door ze meer autonomie te geven.(3)

- Klimaat en cultuur worden onderscheiden: een organisatieklimaat is zichtbaar aan de 'oppervlakte' van een organisatie; een cultuur daarentegen functioneert als 'onderstroom' in een organisatie en is onzichtbaar.
- Een cultuur van welzijn verwijst naar een set van normatieve waarden, houdingen en gedragingen die zelfzorg, persoonlijke en professionele ontwikkeling, zelfcompassie en compassie voor collega's en patiënten promoten en ondersteunen.
- Cultuur heeft drie levels: artefacten, waarden en normen en veronderstellingen.



2. Wat is de bijdrage van het domein aan het welzijn / werkplezier van artsen?

Organisaties die een cultuur van welzijn erkennen, dragen bij aan het werkplezier van artsen. Binnen een cultuur van welzijn durven artsen zich uit te spreken naar collega's, fouten te erkennen, of om hulp te vragen – dit wordt psychologische veiligheid genoemd. Een studie laat zien dat arts-assistenten die meer psychologische veiligheid ervaren (bv. of ze problemen durfde te bespreken met de staf), meer tevreden zijn over hun opleiding, wat het werkplezier kan vergroten.(4,5) Daarnaast, in lijn met psychologische veiligheid, kenmerkt een cultuur van welzijn zich als een positieve, open cultuur waarin feedback tussen collega's gegeven kan worden. Sommige studies laten verschillen in psychologische veiligheid zien tussen mannen en vrouwen, waarbij mannen meer psychologische veiligheid rapporteren.(4)

Verschillende studies brengen het opleidingsklimaat van arts-assistenten in verband met het werkplezier van arts-assistenten. Zoals eerder beschreven verschillen klimaat en cultuur van elkaar, maar wanneer het opleidingsklimaat wordt gemeten, speelt de cultuur (vb. verborgen curriculum) een onderliggende rol en draagt daarmee indirect bij aan het werkplezier. Uit onderzoek is bekend dat arts-assistenten die hun opleidingsklimaat als positief ervaren, meer werkplezier rapporteren. Dit verband wordt voornamelijk verklaard door het relationele element uit het opleidingsklimaat (samenwerking met peers, supervisors en algemene sfeer op de afdeling).(6) Dit suggereert dat met name positieve interacties op de afdeling het werkplezier beïnvloedt. Onderzoek rapporteert dat onder arts-assistenten die de kwaliteit van hun opleidingsklimaat hoger scoren (vb. constructieve feedback), burn-out minder voorkomt.(7)

Opgemerkt zij dat culturen tussen zorginstellingen kunnen verschillen; en zelfs binnen organisaties, tussen afdelingen, kan er een andere cultuur van welzijn bestaan.

- Organisaties die een cultuur van welzijn erkennen, dragen bij aan het werkplezier van artsen.
- Een cultuur van welzijn omvat verschillende elementen zoals psychologische veiligheid, een open feedbackcultuur en het verborgen curriculum.
- Een cultuur van welzijn verschilt tussen en ook binnen ziekenhuizen.

3. Welke interventies zijn beschreven / bekend binnen het domein om welzijn / werkplezier te vergroten?

De vigerende medische cultuur, de cultuur waarbinnen artsen worden gesocialiseerd en werkzaam zijn, staat in sommige opzichten ver af van een cultuur van welzijn met kenmerken als competitief en prestatiegericht, tolerant voor ongezond gedrag (bv. medicatiegebruik), onvoldoende zelfzorg (bv. tekort aan slaap) en gebrek aan vaardigheden voor en opleiding in



emotieregulering.(2) Dat laatste aspect uit zich onder meer als weerstand bij medisch studenten en aios om emoties te tonen aan hun supervisors uit angst om te worden gezien als zwak, incompetent of afwijkend.(8,9) In een studie naar veerkracht bij aios noemden zij als sterke beïnvloedende factor de medische cultuur, die als hiërarchisch en competitief werd gekenmerkt en waarin zij bang waren om hulp te vragen uit angst om zwak en emotioneel te lijken.

In een dergelijke medisch cultuur is het bewerkstelligen van een cultuur van welzijn niet eenvoudig. Het vraagt verschillende interventies, commitment van de hele organisatie en geduld. Cultuurverandering zal pas dan worden gerealiseerd als de *noodzaak* ('we moeten veranderen als professie om toekomstbestendig te blijven') groter is dan de *angst* om te veranderen ('kan (ik) dit, lukt het, hoe doen we dat, wat verlies ik?'). Om verandering teweeg te brengen is het effectiever om niet de *noodzaak* te benadrukken, maar juist de *angsten* weg te nemen door kleine aspecten aan te pakken die relatief eenvoudig te veranderen zijn en waarvoor mensen bereid zijn om te veranderen.(2) Deze *kleine veranderingen* kunnen een *beweging* op gang brengen naar een cultuur meer gericht op welzijn. Deze (initieel) kleine veranderingen tezamen helpen een cultuurverandering versterken en uiteindelijk realiseren.

Cultuurverandering begint bij het individu. Artsen hebben een voorbeeldfunctie en fungeren als rolmodel naar studenten en naar elkaar. Het is daarom van belang dat artsen zich er bewust van zijn dat ze een grote invloed hebben op het leren en de ontwikkeling van studenten en arts-assistenten. Interventies op individueel niveau zou een *Teach the Teacher* training kunnen zijn voor medisch specialisten, waarin actief wordt gereflecteerd op het functioneren als opleider.

Interventies op organisatieniveau: ziekenhuizen bieden verschillende programma's aan artsen gericht op vitaliteit of peer support. Interventies op het gebied van vitaliteit zijn bijvoorbeeld het bespreken van de eigen vitaliteit in de vakgroep. Een systeem van peer support beoogt artsen collegiaal te ondersteunen na bijvoorbeeld een heftige situatie (het overlijden van een patiënt, medische fout etc.).(10) Het bieden van peer support of vitaliteitsprogramma's geeft vanuit de organisatie een sterk signaal af, namelijk dat praten over heftige gebeurtenissen of aandacht hebben voor je eigen vitaliteit normaal en geaccepteerd is. Een ander belangrijk element voor het creëren van een cultuur van welzijn is effectief leiderschap. Leaders die zich sterk maken voor het welzijn van artsen dragen uit dat artsen niet alleen voor patiënten moeten zorgen maar ook voor zichzelf. Hiermee vormen ze een rolmodel voor andere artsen.(12) Artsen (vanaf student tot medisch specialist) trainen in leiderschapsvaardigheden is daarom belangrijk.

In een recente (2019) publicatie formuleerden Shanafelt et al. stappen voor het creëren van een cultuur van welzijn voor artsen, bestaande uit onder meer het definiëren van de ideale cultuur van welzijn, het trainen van individuen en de organisatie over de nieuwe koers, het betrekken alle relevante partijen die door de verandering geraakt zullen worden, realiseren



van voorbeeldgedrag door rolmodellen, het bieden van support voor het leren van de nieuwe cultuur en het belonen van nieuwe, gewenst gedrag.(2)

De Mayo kliniek heeft een interventie ontwikkeld waarbij artsen in kleine groepen eens in de twee weken twee uur samen eten en daarbij de eerste 20 minuten besteden aan het bespreken van zingeving in het werk en vermindering van burn-out. Het eten wordt gefinancierd vanuit de Mayo kliniek. Een RTC vond dat deze COMPASS (COLleagues Meeting to Promote And Sustain Satisfaction) ontmoetingen tussen artsen leidt tot een verbetering in zingeving in het werk en vermindering van burn-out.(12)

Interventies op het niveau van de maatschappij zijn onmisbaar. Hiermee laten publieke organisaties en de overheid zien dat het werkplezier van artsen centraal staat. Dit kunnen structurele veranderingen zijn waardoor bijvoorbeeld parttime werken voor artsen makkelijker wordt. Een initiatief van de IZZ is het programma 'InDialoog' waarbij teams met elkaar in gesprek gaan over dingen die voor ze belangrijk zijn (vb. agressie op de werkvloer) waarna het bestuur aansluit. Deze methodiek blijkt onder andere het werkplezier te vergroten, zorgprofessionals voelen zich minder uitgeput en veiliger op de werkvloer.(11)

- Het veranderen van een cultuur van welzijn vraagt geduld en commitment van alle betrokken partijen, van arts tot politiek.
- Kenmerken van de vigerende medische cultuur (bv.competitieverricht, emotievermijdend, tolerant tav ongezond gedrag) kunnen belemmerend werken in het bewerkstelligen van een cultuur van welzijn.
- Cultuurverandering verloopt veelal via meerdere (kleine) cultuurinterventies op verschillende niveaus (individueel, organisatie en maatschappij) die gezamenlijk de nieuwe richting bepalen en tenslotte dominant worden.



Referenties bij hoofdstuk 4

1. Bohman B, Dyrbye L, Sinsky C. Physician Well-Being: The Reciprocity of Practice Efficiency, Culture of Wellness, and Personal Resilience. *NEJM Catal.* August 2017. 2017.
2. Shanafelt TD, Schein E, Minor LB, Trockel M, Schein P, Kirch D. Healing the Professional Culture of Medicine. *Mayo Clinic Proceedings.* 2019;94(8):1556-66.
3. Zo behandelt Google zijn werknemers 2015 [Available from: <https://www.nrc.nl/nieuws/2015/05/23/zo-behandelt-google-zijn-werknemers-1497675-a395873>].
4. Torralba KD, Loo LK, Byrne JM, Baz S, Cannon GW, Keitz SA, et al. Does Psychological Safety Impact the Clinical Learning Environment for Resident Physicians? Results From the VA's Learners' Perceptions Survey. *Journal of Graduate Medical Education.* 2016;8(5):699-707.
5. Swendiman RA, Edmondson AC, Mahmoud NN. Burnout in Surgery Viewed Through the Lens of Psychological Safety. *Annals of Surgery.* 2019;269(2):234-5.
6. Lases LSS, Arah OA, Busch ORC, Heineman MJ, Lombarts KMJM. Learning climate positively influences residents' work-related well-being. *Advances in Health Sciences Education.* 2019;24(2):317-30.
7. van Vendeloo SN, Godderis L, Brand PLP, Verheyen K, Rowell SA, Hoekstra H. Resident burnout: evaluating the role of the learning environment. *BMC Med Educ.* 2018;18(1):54.
8. Underman K, Hirshfield LE. Detached concern? Emotional socialization in twenty-first century medical education. *Soc Sci Med* 2016;160:94–101.
9. Winkel AF, Robinson A, Jones AA, Squires AP. Physician resilience: a grounded theory study of obstetrics and gynaecology residents. *Medical education.* 2019;53(2):184-94.
10. Shapiro J, Galowitz P. Peer support for clinicians: a programmatic approach. *Academic Medicine.* 2016;91(9):1200-4.
11. IZZ. InDialoog: met elkaar praten maakt je werk veiliger en gezonder 2018 [Available from: <https://www.izz.nl/thema/gezond-werken/werken-in-de-zorg/artikelen/aanpak-organisatieklimaat-met-elkaar-praten-maakt-je-werk-veiliger-en-gezonder>].
12. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clinic Proceedings.* 2017;92(1):129-46.

